

TRATAMIENTO INDIVIDUAL DE JUGADORES PATOLOGICOS: DESCRIPCION DE CASOS

M. Pilar Arribas Saiz
J. Joaquin Martínez Sánchez

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de jugadores patológicos desde un Centro de Salud Mental de área, situado en una zona de economía predominantemente rural. Se reflexiona sobre la demanda asistencial de tratamiento motivada por este problema y se describen las características de los pacientes tratados en el servicio, haciendo especial referencia al proceso de tratamiento (terapia de conducta) y las incidencias durante el mismo.

Palabras Clave: *Juego Patológico, Centro de Salud Mental Comunitaria, Terapia de Conducta.*

SUMMARY

We show our experience with the treatment of pathologic players at a mental health center, located in a mainly rural environment. Patients' characteristics, the treatment process (behavior therapy) and other interesting incidents are described.

Key Words: *Gambling, Mental Health Community Center, Behavior Therapy.*

INTRODUCCION

El DSM-III-R (A.P.A. 1987) define el juego patológico como aquel "trastorno que consiste en un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar y en la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares o vocacionales..." (pág. 388, edición castellana). Aparece incluido dentro de los Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados. De igual modo, la clasificación provisional del ICD 10 lo engloba dentro de trastornos de los hábitos y el control de los impulsos. Sin embargo, existe un número creciente de autores que tienden a considerar este trastorno como una nueva adicción, por la gran similitud en la topografía clínica con estos trastornos, -llegando incluso a calificarla como una adicción "pura" por la ausencia de sustancia- (Lesieur, 1984; González, 1989; Miller y Hodgson, 1984; Coleman, 1986), más que una falta de control de impulsos.

Según el DSM-III-R de un 2 a un 3% de la población padece este trastorno. En España, sin embargo, no se han realizado estudios epidemiológicos controlados sobre su incidencia. Se ha recurrido a criterios tales como la cantidad global que los españoles gastan en juego o el número de centros de juego y máquinas, como datos estimativos de la magnitud del problema; también se han utilizado datos de otros países de características similares a las nuestras como punto de referencia.

Acerca de este trastorno se han estudiado diversas variables. Parece existir un predominio de los estudios centrados en aspectos de personalidad (Morris, 1957; Kusyszyn y Rutter, 1985; McConaghy et al., 1983; Roy et al., 1989), procesos cognitivos o autoinstruccionales (Ladoucer et al., 1988; Ladoucer y Gaboury, 1988; Gaboury et al., 1988; Gaboury y Ladoucer, 1989), similitud con otras adicciones (Taber et al., 1987; Lesieur, 1984; Blaszczynski et al., 1985) sobre aquellos que se centran en aspectos terapéuticos. En esta última línea los tratamientos más utilizados dentro de la modificación de conducta son: técnicas aversivas (Salzman, 1982; Barker y Miller, 1968), reestructuración cognitiva (Bannister, 1977), interacción paradójica (Victor y Kruz, 1967), desensibilización sistemática en imagen (McConaghy et al., 1983), exposición in vivo y control de estímulos (Greenberg y Rankin, 1982; González, 1989; Alario, 1989), terapia de grupo y paquetes terapéuticos complejos (Blackman et al., 1986; Russo et al., 1984; Taber y McCormick, 1987). Existe, sin embargo, escasa investigación acerca de la eficacia terapéutica de determinadas variables y pocos estudios que comparen la eficacia diferencial entre distintas aproximaciones terapéuticas.

En nuestro país son todavía escasas las publicaciones técnicas sobre este tema. Esta situación parece haber mejorado en los dos últimos años, con la publicación de algunos artículos (p.e.: de Diego et al., 1989; Mercadé et al., 1990), estudio de casos (p.e.: Alario, 1989), y un monográfico sobre el tema (González, 1989), además de diversas comunicaciones presentadas en congresos.

Sin duda este trastorno ha estado a nuestro lado y no hemos tenido conciencia de la magnitud del mismo hasta que los medios de comunicación lo han sacado a la luz, de forma especial desde hace dos años, cuando comenzaron a divulgarse datos acerca del juego patológico, así como la posibilidad de tratamiento del mismo, tanto desde instituciones sanitarias públicas como de asociaciones de jugadores anónimos. Quienes trabajamos en la asistencia clínica psicológica (ya sea sector público o privado) hemos tenido pacientes con este trastorno pero con una frecuencia tan escasa que no hacía sospechar la gravedad del problema.

Vamos a describir en este artículo nuestra experiencia en el tratamiento de este trastorno desde un centro de salud mental público. Este centro abarca una población de 177.880 habitantes, que se agrupan en 64 municipios. La zona es de economía predominantemente rural y sólo un 36'43% vive en zona urbana. La población está muy dispersa por toda el área sanitaria, existiendo, además, notables dificultades de transporte para aquel que no tenga vehículo propio.

No disponemos de datos específicos sobre lo que se gasta en esta área en los diferentes juegos de azar, pero sí podemos aportar datos globales de la Comunidad Valenciana. En ésta se jugaron durante el año 89, 354.114 millones de pesetas (según datos facilitados por la Comisión del Juego de la Consellería de Economía y Hacienda de la Generalitat Valenciana) en el total de juegos legales (máquinas tragaperras, bingos, lotería primitiva, cupones de la ONCE, Bono Loto, quinielas, casinos, lotería nacional y apuestas hípicas); no se incluye aquí, claro está, lo gastado en juegos ilegales, ni en juegos de características más regionales, como es el caso de la pelota valenciana, juego que suscita un elevado número de apuestas.

DEMANDA ASISTENCIAL

Durante los dos últimos años se han tratado en este centro únicamente 4 pacientes con adicción al juego, tres de ellos al bingo, y uno a las máquinas tragaperras. Ninguno de ellos acudió inicialmente por esta patología, sino que tres casos lo hicieron por padecer un cuadro de características depresivas y uno fué remitido por alcoholismo. El número de pacientes tratados de juego patológico supone un 0'4% del total de casos tratados en este centro durante un año.

Antes de proseguir con la descripción de los pacientes hay que señalar que durante una determinada época (que coincidió con la divulgación masiva en los medios de comunicación de las características de este trastorno y los éxitos obtenidos en su tratamiento) se recibieron en este centro un elevado número de demandas canalizadas a través de médicos de cabecera y asistentes sociales, que no pudieron ser atendidas de forma inmediata por cuestiones organizativas del centro, postergándose el contacto con los posibles pacientes para el tratamiento de este problema. Transeurrieron unos meses hasta que se envió una circular

informativa a todos los profesionales del área arriba citados, a los que trastornos de estas características, por sus implicaciones sociales, familiares y laborales, no suelen pasar desapercibidos. La circular recogía una descripción de las características y síntomas de este trastorno, adjuntándose la descripción de los criterios diagnósticos que aparecen en el DSM III-R. Así mismo, se hacía hincapié en la conveniencia de que el paciente quisiera someterse voluntariamente a tratamiento, y no acudiera exclusivamente por la presión familiar. Se enviaron un total de 96 cartas, de ellas 81 a médicos de cabecera y el resto a todas las asistentes sociales del área.

Durante los ocho meses posteriores al envío de cartas se recibió sólo la llamada de una asistente social que había detectado un caso de adicción a las tragaperras a través de la mujer del posible paciente, pero éste sólo aceptaba ponerse en tratamiento si el ayuntamiento le concedía una ayuda económica para cubrir sus deudas de juego.

¿A qué atribuir esta falta de demanda posterior?. Creemos que la demanda de tratamientos que el equipo tuvo unos meses antes, y que como se ha apuntado anteriormente coincidió con la divulgación de las características de este trastorno por los medios de comunicación, fué debida precisamente al efecto conciencizador de éstos, al dar a conocer este problema como una enfermedad y quitarle el estigma de vicio que tenía. Sin embargo, como tantas veces ocurre en este tipo de trastornos considerados socialmente como conductas viciosas, este efecto fue efímero y se extinguió rápidamente al no dar una respuesta inmediata de tratamiento.

Además de la demora en las respuesta asistencial, las propias características de este trastorno (negación del problema, ocultamiento social y familiar...etc) contribuyen, sin duda, a explicar la baja demanda de tratamiento por este problema. Por otra parte, en el caso particular de nuestro servicio creemos que las características geográficas del área (distancias considerables hasta el Centro de Salud Mental (CSM), con pocos transportes públicos que en ocasiones obligan a emplear todo un día para acudir a consulta) así como el bajo nivel cultural de la población general, que acentuaría lo comentado más arriba, serían factores que influyeron notablemente en el escaso número de personas que solicitaron tratamiento por este problema -en relación a otros trastornos-, aún siendo éste un servicio público.

DESCRIPCION DE LOS CASOS TRATADOS DESDE ESTE CENTRO

Como hemos señalado anteriormente en este trabajo vamos a centrarnos en la descripción de las fases seguidas en la evaluación y el tratamiento de la adicción al bingo y a las máquinas tragaperras, así como las circunstancias más relevantes de éste.

Evaluación y tratamiento de la adicción al bingo

Características de los pacientes

En los tres casos tratados los pacientes eran mujeres de distintas características socio-familiares. La paciente, que llamaremos paciente 1, tenía 37 años, era profesora de educación física, sin pareja, con un hijo de 11 años con el que se relacionaba adecuadamente, bien integrada laboral y socialmente, con muchas amistades aunque en el momento de consulta rehuía dichos contactos por parecerle poco motivadores frente a la activación de jugar, actividad que se había iniciado de forma casual acompañando a unos amigos hacía 2 años, aunque continuó jugando ella posteriormente, siempre sola, y ocultándose de lugares conocidos para lo que recorría largas distancias. Solía jugar cantidades que giraban alrededor de 5.000 pts., dependiendo del dinero que pudiera conseguir. Esta paciente estaba arruinada y debía dinero a amigos y conocidos. Antes de acudir a nosotros había intentado diversas estrategias de autocontrol (llevar poco dinero encima, dejar la cartilla de ahorros y las tarjetas bancarias en casa...) que siempre fracasaron.

La paciente 2 tenía 49 años, era operaria en una fábrica textil, soltera, sin pareja estable y vivía sola, bien integrada laboral y socialmente, con muchas amistades y de frecuentes contactos, aunque en el momento de consulta los rehuía por carecer de recursos económicos para salir. Se había iniciado en el juego hacía 14 años tras una separación afectiva. Solía jugar siempre en el mismo bingo ya que los otros estaban en ciudades distantes y no tenía medios de locomoción para llegar a ellos, aunque procuraba evitar a los conocidos. Las cantidades que jugaba cada vez que acudía a un bingo eran de 5 a 10.000 pts. Además jugaba a las tragaperras, lotería nacional, ONCE y lotería primitiva, aunque con cantidades menores. Esta paciente estaba, y sigue estando, prácticamente en la ruina y aparte de deber dinero a amigos y conocidos, su sueldo no cubría el pago de los intereses bancarios de un préstamo que utilizó para jugar, teniendo que realizar equilibrios imposibles a lo largo del mes, lo que le creaba una gran angustia. Antes de acudir a este CSM estuvo en tratamiento psicoanalítico durante dos años, también por adicción al bingo, obteniendo una mejoría poco estable. Su relación familiar era problemática y ésta conocía su adicción, hecho que le reprochaban con frecuencia.

Por último, la paciente 3, de 32 años, era auxiliar de clínica, casada, con dos hijos. Presentaba serios problemas familiares y de relación con sus compañeras de trabajo, tenía pocas amistades y de infrecuentes contactos. Se había iniciado en el juego al acudir junto a su marido a pasar un rato entretenido en el bingo hacía 8 años, continuando a partir de ese momento jugando siempre sola y ocultándose de conocidos; tenía coche lo que le permitía ir a jugar a bingos de poblaciones cercanas, además de acudir al que había en su ciudad. Las cantidades de dinero que jugaba en cada ocasión oscilaban de 2.000 a 25.000 pts. Además jugaba a las

tragaperras y a los cupones de la ONCE pero cantidades inferiores. Esta paciente estaba arruinada, ya que las deudas del juego habían hecho que se embargase parte del sueldo de su marido y parte del suyo quedándoles lo justo para vivir. Antes de acudir a nosotros había estado en tratamiento por depresión, y ya entonces se intentó abordar el problema de juego sin éxito. Su relación familiar era problemática a causa de su adicción y recibía poco apoyo por parte de su familia, quien la consideraba una "viciosa".

Los tres casos descritos presentaban una acusada sintomatología depresiva con ideación suicida, retraimiento social y problemas de relación de pareja y familiar. Sólo la paciente 3, que había estado ingresada durante varios días anteriormente por intento de suicidio, llevaba medicación antidepressiva y ansiolítica, aunque ésta fué retirada después de iniciar el tratamiento, cuando se consiguieron progresos en la reducción del juego, lo que contribuyó a una notable mejora en su estado de ánimo.

En los tres casos habían detonantes o estímulos especialmente significativos para jugar: el aburrimiento o sensación de monotonía diaria, la presencia de problemas interpersonales, por muy pequeños que fueran, en el trabajo o con familiares, la falta de dinero y la creencia -reforzada por los premios que habían conseguido intermitentemente - de poder conseguirlo a través del juego (pensamiento mágico).

Evaluación y procedimiento terapéutico

La fase de evaluación consistió en unas recogida de datos generales del paciente y la elaboración de una anamnesis clínica detallada, que se completó con el estudio de variables de personalidad y un análisis funcional de la conducta de juego, para lo que además de la información recogida en las entrevistas, los pacientes tuvieron que cumplimentar diversos autoregistros que sirvieron como línea base. Se tuvo un interés especial en conocer la ocupación del tiempo libre y las redes de apoyo social con las que contaba cada paciente.

Información sobre la terapia. Objetivos y compromisos terapéuticos

En la primera sesión de terapia individual se les informaba de los pasos terapéuticos que íbamos a seguir y los compromisos que adquiriría al aceptar ponerse en tratamiento, entre ellos la prohibición de jugar. No formalizamos, inicialmente, estos acuerdos por escrito en ninguno de los casos, pero una vez iniciado el tratamiento hubo que hacerlo con la paciente 1.

En esta sesión se explicaba en qué consistía el trastorno haciendo especial énfasis en la consideración del mismo como una adicción, para lo cual, y de cara

a un mayor entendimiento por parte del paciente, se les explicaba las similitudes que presentaba con otras adicciones, como el alcoholismo u otras toxicomanías. Una vez aclaradas todas las dudas planteadas por el paciente, pasábamos a explicar los principios y particularidades del tratamiento a seguir (técnicas de autoexposición con prevención de respuesta) haciendo especial hincapié en el curso habitual que durante este tratamiento sigue la ansiedad y en los riesgos que conllevan las respuestas de evitación (físicas y/o cognitivas) así como el jugar durante las autoexposiciones.

Autoexposición. Estrategias de autocontrol. Registros.

Después de esta sesión informativa y de aceptación de las normas terapéuticas se iniciaron las sesiones de autoexposición del paciente con unas indicaciones específicas para cada caso, graduándose estas exposiciones en función de la ansiedad que pudieran generar a cada uno de ellos. Otra parte importante era el modelado de respuestas de autocontrol de la ansiedad que pudieran emplear durante la exposición, donde se entrenaba al paciente a utilizar autoinstrucciones que debía utilizar en situaciones de riesgo.

A todas se les proporcionó un autoregistro donde debían hacer constar la ansiedad inicial, media y final durante la autoexposición, así como las estrategias que ponían en práctica para su control y las posibles incidencias que se produjesen.

Control del dinero

Todas las pacientes recibieron instrucciones de no llevar grandes cantidades de dinero encima, así como de no tener que realizar pagos u otro tipo de transacción económica. Sólo una paciente siguió estrictamente esta indicación, mientras que las otras dos la transgredieron inicialmente, sin que la colaboración de coterapeutas fuese suficiente para controlar dicha conducta. Finalmente la suscripción de un contrato terapéutico en el cual un nuevo incumplimiento en el control del dinero implicaba el alta voluntaria de la terapia y pasar a lista de espera del centro en caso de que quisiera reiniciar contacto, resultó la estrategia más eficaz para conseguir dicho control.

Autoprohibición

Unicamente en el caso de la paciente 3 fué necesario tramitar la autoprohibición de entrada al bingo en la tercera sesión, aunque este hecho no creemos que influyera demasiado en los largos finales de la terapia ya que ésta paciente sabía

suficientes “trucos” y era tan conocida en los bingos que no solían pedirle el D.N.I., requisito legal imprescindible para entrar en estos locales; además las listas de autoprobibidos tardan en esta zona de uno a tres meses en ser comunicadas a los bingos a causa de cuestiones burocráticas, hecho que conocía la paciente con lo cual prácticamente hubiera podido entrar cuando hubiera querido.

Control de estímulos

A diferencia de otros programas terapéuticos para el tratamiento de la adicción al bingo en los que el control de estímulos se caracteriza principalmente, al menos en la primera etapa, por evitar el entorno que rodea al juego -para lo cual se indica a los pacientes que cambien el recorrido habitual con el fin de que no se encuentren con aquellos estímulos que eliciten el juego (estímulos de trayecto, fachada y exteriores del bingo, etc.)-, nosotros nos vimos obligados (a causa de los horarios de trabajo de los terapeutas - incompatibles con el de apertura de los bingos -, de carecer de coterapeutas y por el hecho de que nuestros pacientes residieran en poblaciones pequeñas en las que resulta difícil evitar demasiadas calles) precisamente a que la exposición inmediata a estos estímulos, junto la prevención de respuesta, se constituyese en el elemento nuclear del tratamiento. Por este motivo, la intervención se centró en que los pacientes vencieran los estímulos asociados al juego, y dado que nuestro objetivo era el absentismo total, y a un bingo no se va sino a jugar (al contrario de los bares, centros sociales o de reunión, donde hay máquinas tragaperras) nos centramos en enfrentar al paciente a los estímulos inmediatos y externos de un bingo. De esta manera, las tareas de autoexposición consistieron fundamentalmente en lo siguiente: acercarse a la sala de bingo que solían frecuentar anteriormente, detenerse lo más próximo a ella y observar cuidadosamente todos los detalles que pudieran captar, así como la gente que entraba, salía, etc. registrando los niveles de ansiedad que esto les producía, y con la indicación expresa de que no podían entrar, ni irse del lugar hasta que la ansiedad bajara. Esta exposición provocaba niveles de ansiedad elevados en un principio y les costaba no evitar dicha situación, ya que además de sentirse incitadas a entrar en el bingo, tenían miedo de que la gente los viera allí por si pensaban que iban a jugar. A pesar de ello, sólo fue necesario que el terapeuta acompañara a la paciente 3, porque ésta mostraba pautas de evitación de tipo distractor y a la que fue necesario entrenar en centrar la mirada y la atención hasta que por fin pudo hacerlo por sí sola (p.e: la ansiedad que le producía mirar la puerta del bingo cuando éste estaba cerrado por las mañanas era de 8 - en una escala subjetiva de 1 poca ansiedad a 10 máxima-). En ninguna de estas autoexpresiones se produjo un episodio de pérdida de control que condujera al juego.

Reinterpretación cognitiva de las "recaídas"

Aunque tenían una explícita prohibición del juego, todas llevaban un registro en el que debían indicar en caso de que jugaran: dónde, cuánto dinero, con quién, cogniciones previas, durante y después del juego, así como un registro de pensamientos negativos o situaciones conflictivas, relacionadas, o no, con el juego. Esto se trabajaba posteriormente en la consulta. Es importante señalar que cualquier episodio de juego no se valoraba ante el paciente como una "recaída", con connotaciones de fracaso, sino que se insistía en que era un episodio de falta de control en un proceso de extinción de la conducta de juego y se le explicaba que ello, aunque no era deseable y debía eliminarse, tendería a producirse cada vez con menos frecuencia conforme avanzáramos en la terapia. Esto producía un efecto tranquilizador y desculpabilizante en el paciente, así como una mayor implicación y motivación hacia la terapia, ya que hasta entonces los intentos que por su cuenta habían hecho para controlarse después de un episodio de juego eran castigados sistemáticamente por parte de su familia (reproches, críticas, retirada de confianza, etc.) y por ellas mismas (culpabilidad, sentimientos de fracaso, pérdida de confianza en su capacidad para poder controlarse, etc.).

Otros tipos de exposición

Además de las tareas de autoexpresión utilizábamos cualquier otra que fuera exponerlos si no física sí imaginativamente, a los estímulos de juego, por ejemplo: describir la sala del bingo que más frecuentaban, narrar una situación de juego varias veces, etc. hasta que la paciente se encontraba relajada o reducía significativamente su ansiedad. Estas tareas solían producir niveles significativos de ansiedad que a partir de la tercera o cuarta sesión se reducían de forma más rápida.

La familia en el proceso terapéutico

Desde el principio del proceso terapéutico se mantuvo contacto con los familiares a quienes se les informó sobre las características del problema del juego y las repercusiones psicológicas que tenía en los pacientes, además de explicarles en qué consistía el tratamiento. Al mismo tiempo intentábamos que eliminaran las críticas y reproches, suprimir el posible apoyo económico hacia el juego indicando las actitudes que debían seguir si se producían recaídas durante el proceso. Señalar únicamente que los familiares veían estas conductas como vicio y no como enfermedad, colaborando mínimamente en el proceso, siendo lo máximo que conseguimos con ellos el que redujeran la crítica y el reproche sistemático.

Prevención de recaídas

Un elemento que se consideró esencial durante el tratamiento fué el de la prevención de recaídas, que consideramos importante, no sólo como estrategia preparatoria para el alta, sino durante el mismo proceso terapéutico ya que, como en las demás adicciones, existe una altísima probabilidad de que algún momento de la terapia se produzca una "recaída". En este sentido se hizo especial hincapié en alterar aquellos patrones característicos del estilo de vida del paciente que resultaban de riesgo.

Es importante señalar que en la primera fase del tratamiento los pacientes referían una acusada sensación de vacío que atribuían al hecho de no jugar, y porque todavía no habían introducido cambios en sus actividades cotidianas. Este constituye un momento de riesgo elevado, y en el caso de los pacientes que describimos condujo, en todos ellos, a un episodio de juego compulsivo. Estos episodios se produjeron ante una conjunción de problemas en casa, el trabajo o ante sentimientos de desmotivación, abatimiento o frustración.

Otras áreas de intervención terapéutica

Durante el proceso terapéutico se trabajaron simultáneamente otras áreas problemáticas, como fueron: resolución de problemas (trabajo, familia, legales, etc.), ocupación del tiempo libre, fomento de relaciones sociales (volver a contactar con los amigos), incremento de la autoestima.

Evolución y resultados

La evolución de los pacientes fué progresiva y firme observándose resultados positivos en poco tiempo (la media de sesiones de terapia fué de 13). En los tres casos se realizó seguimiento a los 3 y a los 6 meses, sin que durante este tiempo se hubiesen producido episodios de juego en ninguno de los casos.

Máquinas Tragaperras

Este es el caso tratado en menor detalle que los anteriores por ser esta adicción más frecuentemente tratada en la bibliografía específica, a la que remitimos al lector interesado en conocer con más detalle aspectos del mismo (p.e.: Alario, 1989; González, 1989).

Características del paciente

El paciente de 43 años, era casado y con dos hijos; peón agrario, de nivel cultural bajo. Mantenía pocos contactos sociales. Su situación económica no era ruinosa, debido, en gran parte, a que su mujer controlaba la economía doméstica de una forma férrea, lo que originaba frecuentes enfrentamientos, en ocasiones violentos, por negarse ésta a proporcionarle dinero para jugar. Las relaciones familiares eran muy conflictivas, y tanto su mujer como sus hijos le habían perdido el respeto, aunque lo tenían por su estado de irritabilidad permanente y las explosiones violentas con las que reaccionaba. Aficionado desde los 17 años a las apuestas, empezó apostando en el frontón, después a los boletos de los bares, pasando finalmente, de forma exclusiva, a las máquinas tragaperras, a las que jugaba de forma incontrolada desde hacía tres años. En el momento de establecer el contacto con el paciente éste venía jugando cantidades que iban desde un mínimo de 5.000 hasta una apuesta máxima de 33.000 pts. Solía jugar habitualmente en las máquinas de los bares que había en su pueblo. Tenía deudas con los dueños de éstos, y estaba pendiente de juicios por haber cometido varios robos en domicilios particulares para conseguir dinero con el que jugar.

El paciente presentaba también alcoholismo, dependencia que había desarrollado paralelamente a su adicción al juego. Así mismo, se apreciaba sintomatología depresiva, con ideación suicida. Nunca anteriormente había recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Evaluación y tratamiento

En la fase de evaluación se procedió de forma similar a la descrita en los casos de adicción al bingo.

Se inició el tratamiento abordando simultáneamente su dependencia del alcohol (tratada con fármacos) junto su adicción al juego. Tras serle explicadas al paciente las características de su problema (proceso por el que se llega a desarrollar la dependencia del juego, factores que hacen que se mantenga..etc.) le fué descrito el procedimiento de exposición in vivo más prevención de respuesta, adecuando la descripción al caso contrario de las máquinas tragaperras. Así mismo, fué informado de las consecuencias iniciales que conlleva la terapia de exposición in vivo (niveles altos de ansiedad durante las primeras exposiciones, síntomas de activación neurovegetativa tras las primeras sesiones..etc) marcando como objetivo terapéutico la abstinencia total del juego. Tras la aceptación del paciente se inició el tratamiento, realizando las tres primeras exposiciones en compañía del terapeuta en bares próximos al CSM.

Durante estas sesiones el paciente se situaba cerca de las máquinas tragaperras y el terapeuta dirigía su atención hacia estímulos relevantes (luces, sonidos, fases del juego,...etc), pidiéndole que observara el juego de otras personas, sus expresiones, las cantidades que jugaban...etc. Este modelo de centrar la atención constituyó una parte importante del tratamiento por exposición, pues el paciente solía distraerse de estos estímulos por la gran ansiedad que le generaban y la imposibilidad de reducirla a través del juego.

El nivel de ansiedad durante estas primeras sesiones fue muy alto y la duración aproximada de cada una de ellas era de 60 a 90 minutos. Durante la exposición se le recordaba repetidas veces las fases de la ansiedad: subida, mantenimiento y luego bajada, insistiendo en que pusiera su atención en este último aspecto. Cuando la ansiedad había bajado lo suficiente (mínimo, línea base inicial) dábamos por terminada la sesión, no sin antes reforzar suficientemente la conducta de exposición sin juego.

Una vez finalizada la sesión se le ponían diversas tareas de autoexposición de las que tenía que realizar registros antes de la siguiente cita. En dichos registros debía anotar cambios emocionales significativos, actividad de juego si éste se producía indicando los antecedentes, las cogniciones acompañantes...etc. Esto último ocurrió en una ocasión, pero jugó de forma controlada, es decir, sin perder todo lo que llevaba encima, retirándose voluntariamente de la máquina e, incluso, anulando una de las jugadas en la que previó la posibilidad de obtener premio, abandonando el juego a continuación. También se realizó control de estímulos, en un principio, procurando cambiar sus recorridos y su asistencia a los bares de costumbre, lo que resultó difícil por vivir en una población muy pequeña.

En las siguientes sesiones, se revisaban las tareas, atendiendo especialmente a las dificultades que hubiesen surgido durante las autoexpresiones, y haciendo hincapié en el manejo de estrategias de autocontrol.

El tratamiento requirió 13 sesiones. Se realizó seguimiento a los 3 y 6 meses, no habiendo vuelto a jugar ni a ingerir alcohol durante este tiempo.

DISCUSION

Hemos intentado describir la experiencia en el tratamiento del trastorno de juego patológico desde un centro de salud mental adscrito a la red sanitaria pública. Como se ha señalado, existe escasa demanda por éste trastorno, que explicamos en función de las condiciones socio-geográficas del área donde está ubicado el centro, así como por las características implícitas a este trastorno que es comunmente considerado por la población general como un vicio y que lleva, tanto a los pacientes como a sus familiares, a ocultarlo antes que a buscar ayuda.

En este sentido, es significativo que los pacientes tratados en este servicio hubiesen sido remitidos por su médico de cabecera por padecer síndromes depresivos y, en un caso, alcoholismo y no por juego patológico.

Los objetivos del tratamiento fueron: la abstinencia del juego, disminuir la urgencia de jugar, incrementar o reanudar las relaciones sociales y desarrollar aficiones o actividades que suplieran al juego. Los dos primeros fueron alcanzados en todos los casos y se mantuvieron durante el seguimiento. Sin embargo, cabe hacer una puntualización en los restantes, ya que a pesar de que se produjeron cambios favorables (disminución de las tensiones familiares, mejora en las relaciones sociales.. etc.), estos no fueron muy significativos. Es importante señalar la dificultad que en estos casos entraña el introducir cambios en las actividades cotidianas de los pacientes (viajes, salidas a espectáculos, lecturas...etc.) contando con la difícil situación económica que durante años suelen arrastrar por las deudas que han contraído y las pocas posibilidades de realizar actividades lúdicas que en los contextos rurales suelen darse. Se produjo pues una normalización en su estilo de vida, una vuelta a los patrones previos antes de que se iniciase la dependencia del juego, más que un cambio significativo en aquél.

Además, como ya se ha comentado en los casos tratados, la implicación de la familia en el proceso terapéutico fué baja, habiendo conseguido sólo que se redujese la presión y la crítica sobre el paciente, pero no una colaboración directa como coterapeutas durante el tratamiento. Esto no parece haber supuesto un impedimento en los logros terapéuticos a corto y medio plazo, pues como se ha indicado en ninguno de los casos expuestos se produjeron episodios de juego compulsivo durante los seis meses de seguimiento.

No obstante, creemos necesario prolongar durante más tiempo el seguimiento para evaluar el papel que tanto la baja implicación de las personas significativas para el paciente, como el no haber conseguido cambios significativos en el estilo de vida del paciente, puedan tener sobre el mantenimiento de los logros terapéuticos a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

- ALARIO, S. (1989): *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Promolibro. Valencia.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *DSM III-R: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson (Versión española 1988).

- BANNISTER, G. (1977): Cognitive and behaviour therapy in a case of compulsive ambling. *Cognitive Therapy and Research*, **1**, 223-237.
- BARKER, J. y MILLER, M. (1968): Aversion therapy for compulsive gambling. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, **146**, 285-302.
- BLACKMAN, S.; SIMONE, R.V. y THOMS, D.R. (1986): Treatment of Gambler. *Hospital and Community Psychiatry*, **4**, 404.
- BLASZCZYNSKI, A.; BUHRICH, N. y McCONAGHY, N. (1985): Pathological gamblers, heroin addicts and control compared on the E.P.Q. addictions scale. *British Journal of Addiction*, **8**, 315-319.
- COLEMAN, V. (1986): *Addicts and Addictions*. New York, Basic Books.
- DE DIEGO, J.; BADOSA, O. y FARRÉ, J.M. (1989): Juego patológico: Perspectivas actuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, **11/12**, 27-34.
- GABOURY, A.; LADOU CER, R.; BEAUVAIS, G.; MARCHAND, L y MARTINEU, Y. (1988): Dimensions cognitives et comportementales chez les joueurs réguliers et occasionnels au blackjack. *International Journal of Psychology*, **23**, 283-291.
- GABOURY, A. y LADOU CER, R. (1989): Erroneous Perceptions and Gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, **4**, 411-420.
- GONZÁLEZ, A. (1989): *Juego patológico. Una nueva adicción*. Tibidabo Ediciones (Madrid).
- GREEMBER, D. y RANKIN, H. (1982): Compulsive Gamblers in Treatment. *British Journal Psychiatry*, **140**, 364-366.
- KUSYSZYN, I. y RUTTER, R. (1985): Personality characteristics of heavy gamblers, light gamblers, non-gamblers and lottery players. *Journal of Gambling Behaviour*, **1**, 59-64.
- LADOU CER, R. y GABOURY, A. (1988): Effects of limited and unlimited stakes on gambling behavior. *Journal of Gambling Behavior*, **4**, 119-126.
- LADOU CER, R.; GABOURY, A. y DUVAL, C. (1988): Modification ddes verbalisations irrationnelles pendant le jeu de roulette américaine et prise de risque monétaire. *Science et Comportement*, **18**, 58-68.
- LESIEUR, H.R. (1984): *The Chase: The Compulsive Gambler*. Cambridge Massachussets: Schenkman Publishing Company, Inc.
- McCONAGHY, N.; ARMSTRONG, M.S.; BLASZCZYNSKI, A. y ALLCOOK, C. (1983): Controlled Comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, **142**, 366-372.
- MERCADÉ, P.V.; GONZÁLEZ, A.; PASTOR, C. y AYMAMÍ, N. (1990): Juego patológico y grupo: Una posibilidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, **16**, 19-24.
- MILLER, P. y HODGSON, R. (1984): *La mente drogada*. Debate. Madrid.
- MORRIS, R. (1957): An exploratory study of some personality characteristics of gamblers. *Journal of Clinical Psychology*, **13**, 191-193.

- ROY, A.; CUSTER, V.; LORENZ, V. y LINNOILA, M. (1989): Personality Factors and pathological gambling. *Acta Psiquiátrica Scandinava*, **80**, 37-39.
- RUSSO, A.M.; TABER, J.I.; McCORMICK, R.A. y RAMÍREZ, L.F. (1984): An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital and Community Psychiatry*, **8**, 823-827.
- SALZMAN, M.M. (1982): Treatment of compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, **141**, 318-319.
- TABER, J.I. y McCORMICK, R. (1987): The pathological gambler in treatment. En Galski, T. (Ed.): *The Handbook of Pathological Gambling*. Charles C. Thomas Publisher.
- TABER, J.I.; McCORMICK, R.A.; RUSSO, A.M.; ADKINS, B.J. y RAMÍREZ, L.F. (1987): Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, **144**, 757-761.
- VICTOR, R. y KRUZ, C. (1967): Paradoxical intention in the treatment of compulsive gambling. *American Journal of Psychotherapy*, **21**, 808-814.